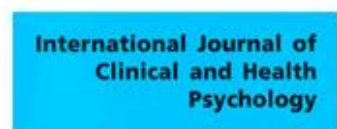


Pablo Santos-Iglesias, Juan Carlos Sierra

El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 10, núm. 3, 2010, pp. 553-577,
Asociación Española de Psicología Conductual
España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33714079010>



*International Journal of Clinical and Health
Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología Conductual
España



El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática¹

Pablo Santos-Iglesias² y Juan Carlos Sierra (*Universidad de Granada, España*)

RESUMEN. El estudio de la asertividad sexual ha generado resultados que demuestran su importancia y su papel fundamental en la sexualidad humana. En este estudio teórico se lleva a cabo una revisión sistemática de los principales resultados obtenidos en estos estudios. Después de una búsqueda en las principales bases de datos se obtiene un total de 76 trabajos publicados entre 1980 y 2009, que demuestran que la asertividad sexual es un factor determinante tanto de la respuesta sexual como del funcionamiento sexual humano. Además se relaciona de forma directa con una visión positiva de la sexualidad humana y con algunas variables sociodemográficas como el sexo, aunque esta relación no está clara. Otros estudios ponen de manifiesto que es un factor de protección ante experiencias de abuso y victimización sexual, así como ante conductas sexuales de riesgo. Se discuten los resultados y se plantea la necesidad de incluir la asertividad sexual de forma específica, más que la asertividad general, en los programas educativos y en intervenciones con poblaciones en situación de riesgo.

PALABRAS CLAVE. Asertividad sexual. Respuesta sexual. Victimización. Conductas de riesgo. Estudio teórico.

ABSTRACT. Study on sexual assertiveness has generated results which demonstrates its relevance and fundamental role in human sexuality. In this theoretical study, a systematic revision of the main results derived from these studies on sexual assertiveness was performed. After searching in the main databases a total number of 76 works were retrieved, published from 1980 to 2009. These works show that sexual assertiveness is a crucial factor determining both human sexual response and human sexual functioning. Furthermore, sexual assertiveness is directly related to a positive view of human

¹ Este estudio forma parte del proyecto SEJ2007-61824, concedido por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España al segundo autor.

² Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Campus de Cartuja, s/n. 18011 Granada (España). E-mail: psantos@ugr.es

sexuality and various sociodemographical variables such as sex, although this relationship is not very clear. Other studies reveal that sexual assertiveness works as a protective factor from sexual abuse and victimization experiences, as well as from engage in sexual risk behaviors. Results are discussed and it is purposed to include sexual assertiveness, better than general assertiveness, in educational programs and interventions with risky populations.

KEYWORDS. Sexual assertiveness. Sexual response. Victimization. Risk behaviors. Theoretical study.

La asertividad sexual ha sido definida de múltiples formas. Painter (1997) sostiene que es la capacidad para llevar a cabo la asertividad social en un contexto sexual. Por su parte, Dunn, Lloyd y Phelps (1979) defienden que es «la conciencia de uno mismo como ser sexual y el uso, con poca ansiedad, de un conjunto de habilidades conductuales para obtener satisfacción sexual de uno mismo y de su pareja» (p. 294). Pero, sin duda, una de las definiciones más aceptadas sostiene que es la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff *et al.*, 1997). Todas estas definiciones ponen de manifiesto la especificidad de la asertividad sexual en situaciones sexuales. Asimismo, un gran número de estudios demuestra que la asertividad sexual constituye un componente central de la sexualidad humana, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual, como el deseo y la satisfacción sexual, con menores niveles y frecuencia de victimización y coerción sexual (véanse Santos-Iglesias y Sierra, en prensa; Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008) y con la ausencia de conductas sexuales de riesgo, hasta el punto de que los principales modelos teóricos de prácticas sexuales de riesgo asumen la importancia que juega este constructo (Fisher y Fisher, 1992).

A pesar de la importancia de la asertividad sexual en la sexualidad humana y a que su estudio se remonta a la década de los años setenta (*cfr.*, Jakubowski-Spector, 1973), no existen hasta la fecha revisiones que sinteticen y agrupen la información disponible sobre la misma, si bien es cierto que en alguna revisión de literatura es tratada de forma tangencial (*e.g.*, Stampley, Mallory y Gabrielson, 2005). Por esta razón se plantea el presente estudio teórico (Montero y León, 2007) que, siguiendo las normas propuestas por Fernández-Ríos y Buéla-Casal (2009), tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica y sintetizar la información disponible sobre el papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana.

Método

Revisión bibliográfica

La búsqueda de los trabajos se realizó en diferentes bases de datos, con el objetivo de cubrir el mayor número de áreas temáticas, pues existen trabajos enfocados desde la Psicología, la Sociología o la Medicina. Así, las bases de datos empleadas fueron

PsycINFO, *EBSCOhost*, *ProQuest*, *Scopus*, *JSTOR*, *PubMed* y *Psicodoc*. No se introdujo ninguna restricción en los años de búsqueda, ni en el tipo de documento, pues se pretendía realizar una búsqueda exhaustiva y obtener el mayor número de trabajos posibles. Los términos empleados para la búsqueda fueron: «*sexual assertiveness*», «*sexual assertion*», «*sexual assertivity*» y «*sexual assert**» para obtener cualquier otra variante del término «*assertiveness*». En el caso de bases de datos en castellano, los términos empleados fueron «asertividad sexual», «aserción sexual» y «aser* sexual». Los términos de búsqueda se limitaron al título, resumen y palabras clave.

Criterios de inclusión

- Trabajos en los que se analizaba la asertividad sexual de forma específica y claramente operacionalizada. Este criterio permitió descartar todos aquellos trabajos que incluían asertividad general o social, comunicación sexual o habilidades de comunicación y aquellos en los que la operacionalización no dejaba claro si se trataba de asertividad sexual.
- Trabajos que empleaban la asertividad sexual como variable independiente o dependiente, ya fuese mediante su manipulación en programas de prevención o en experimentos, o su evaluación a través de cuestionarios estandarizados, preguntas diseñadas *ad hoc* o mediante *role playing*.
- Trabajos que aportasen datos empíricos originales, descartando trabajos teóricos previos en los que apareciese la asertividad sexual.

Procedimiento

La búsqueda se realizó entre febrero y noviembre de 2009. Una vez recuperados todos los trabajos se procedió a su revisión con el objetivo de analizar cuáles cumplían los criterios de inclusión, los cuales fueron revisados de forma exhaustiva con el objetivo de extraer la información pertinente. Los datos obtenidos fueron codificados en una base de datos para su posterior análisis y discusión.

Codificación de los resultados

De cada uno de los trabajos se extraía la siguiente información:

- Autor/es y año de publicación.
- Metodología del trabajo. Debido a que cada trabajo expone la metodología siguiendo clasificaciones diferentes, se unificaron todas ellas aproximándolas a la clasificación propuesta por Montero y León (2007).
- Muestra. De la que se extraía el número de participantes, sexo y origen de la muestra (estudiantes universitarios vs. muestra comunitaria; muestra clínica vs. muestra no clínica).
- Evaluación/manipulación de la asertividad sexual. En el caso de tratarse de diseños descriptivos, instrumentales, *ex post facto* o experimentales se analizaba el instrumento empleado para la evaluación de la asertividad sexual, las posibles modificaciones del mismo, así como su fiabilidad (si se informa de ella). En el caso de estudios cuasi-experimentales y experimentales en los que se manipulaba la asertividad sexual también se informaba del tipo de manipulación.

- Principales resultados. Haciendo énfasis en las relaciones y efectos observados por y sobre la asertividad sexual.

Resultados

El procedimiento detallado dio lugar a un total de 76 documentos: 72 artículos de investigación, tres Tesis Doctorales y un resumen de una comunicación oral publicado en el *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Todos estos trabajos se agrupan en tres temáticas principales: 30 relacionados con la respuesta y funcionamiento sexual, 16 relacionados con experiencias de coerción y victimización sexual, y 37 relacionados con conductas sexuales de riesgo. La suma de trabajos por temática alcanza el valor 83 debido a que algunos (e.g., Morokoff *et al.*, 1997) aportan resultados clasificables en más de una temática. A pesar de que los trabajos de la primera temática incluyen, en su mayoría, resultados relacionados con la respuesta y funcionamiento sexual, también se han incluido entre éstos resultados referentes a variables sociodemográficas y actitudinales.

Respecto al diseño, 12 estudios (15,78%) son experimentales, 11 (14,47%) cuasi-experimentales, 48 (63,16%) de tipo *ex post facto* y 5 (6,59%) instrumentales. El tipo de muestra se ha organizado en base a tres categorías (sexo, procedencia y muestra clínica). En función del sexo, 5 (6,59%) trabajos incluyen únicamente varones, 46 (60,52%) sólo mujeres y 25 (32,89%) a varones y mujeres. En cuanto a la procedencia, en el 38,15% de los estudios ($n = 29$) los participantes son universitarios y en el 61,85% ($n = 47$) de procedencia comunitaria; cinco trabajos (6,59%) emplean muestras clínicas y otros cinco muestras mixtas (clínica y no clínica), siendo la gran mayoría realizados con muestras no clínicas ($n = 66$; 86,82%). Para finalizar, de los veinte instrumentos que se emplearon para evaluar la asertividad sexual, los más utilizados son por este orden: *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (Hurlbert, 1991) ($n = 18$; 23,68%), *Sexual Assertiveness Scale* (Morokoff *et al.*, 1997) ($n = 17$; 22,36%), evaluación mediante *role playing* ($n = 8$; 10,52%), instrumentos desarrollados *ad hoc* ($n = 7$; 9,21%) y *Sexual Awareness Questionnaire* (Snell, Fisher y Miller, 1991) ($n = 6$; 7,89%).

Los resultados principales obtenidos en cada trabajo se pueden observar en la Tabla 1, los cuales son descritos a continuación de forma general agrupados en las distintas temáticas.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS).

Autor	Diseño	Muestra	Evaluación/manipulación AS	Principales resultados
Respuesta y funcionamiento sexual				
Apt. Hurlbert y Powell (1993)	<i>Ex post facto</i>	21 parejas comunitarias. Los hombres acudían a terapia por deseo sexual hipactivo.	HISA (Hurlbert, 1991).	La diferencia entre la AS de los dos miembros de la pareja (AS mujer - AS varón) es un predictor significativo del deseo sexual del varón, pero no de la mujer.
Gentry (1998)	Experimental	254 estudiantes (varones y mujeres) universitarios.	landa, O'Grady y Barnhart (1981). Factor <i>Subordination</i> ($\alpha = 0,94$).	Las mujeres más activas sexualmente, también eran más asertivas sexualmente.
Greene y Faulkner (2005)	<i>Ex post facto</i>	698 parejas comunitarias.	HISA (Hurlbert, 1991). Versión de 19 ítems. Tres factores: <i>Inicio</i> ($\alpha = 0,86$), <i>Rechazo</i> ($\alpha = 0,81$); <i>Conversación sexual asertiva</i> ($\alpha = 0,79$).	Mayor AS-Inicio se relaciona con menor doble moral sexual. Mayor AS se relaciona con mayor satisfacción en la relación. AS se negocia en la pareja, comunicación sexual y discusión sexual.
Haavio-Mannila y Kontula (1997)	<i>Ex post facto</i>	Dos muestra comunitarias: 2250 varones y mujeres, y 2188 varones y mujeres.	No se informa del instrumento.	Las mujeres muestran menos AS que los hombres.
Hammond y Oei (1982)	Experimental	29 mujeres comunitarias.	<i>Sexual Assertiveness Rating Form</i> (11 ítems). <i>Sexual Assertiveness Role-playing</i> y <i>Test</i> : compuesto por 16 escenarios, 8 de Inicio y 8 de Rechazo.	La combinación de entrenamiento en habilidades sociales (comunicación asertiva) más efectivo para incrementar la asertividad sexual, seguido por el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, estas intervenciones no mejoraron la asertividad general.
Hurlbert (1991)	Cuasi-experimental	100 mujeres comunitarias.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,91$)	Las mujeres sexualmente asertivas informan de mayor actividad sexual y orgasmos, mayor deseo sexual y mayor satisfacción sexual y marital.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Hurlbert y Apt (1993)	<i>Ex post facto</i>	68 mujeres comunitarias.	HISA (Hurlbert, 1991)	Las mujeres con orientación heterosexual mostraron mayor AS que las mujeres con orientación homosexual.
Hurlbert, Apt y Rabch (1993)	<i>Ex post facto</i>	98 mujeres casadas comunitarias.	HISA (Hurlbert, 1991)	La AS se relaciona de forma positiva con la erotofilia, la consistencia experimentando orgasmos, la cercanía en la relación, la excitabilidad sexual y la satisfacción sexual. Además, es uno de los mejores predictores de la satisfacción sexual.
Hurlbert, Apt y White (1992)	Quasi-experimental	32 mujeres borderline y 32 no borderline.	HISA (Hurlbert, 1991)	Las mujeres borderline mostraron mayor AS.
Hurlbert <i>et al.</i> (2005)	<i>Ex post facto</i>	66 mujeres con deseo sexual hipoadectivo.	HISA (Hurlbert, 1991)	La AS se relaciona de forma positiva con el estatus socioeconómico, la satisfacción marital, compatibilidad sexual y satisfacción sexual.
Hurlbert, White, Powell y Apt (1993)	Experimental	57 mujeres con trastorno por deseo sexual hipoadectivo.	HISA (Hurlbert, 1991)	La AS mejoró debido a un entrenamiento en consistencia del orgasmo en el grupo en el que participaban los dos miembros de la pareja, pero no cuando participaban sólo las mujeres.
Jacobs y Thomlison (2009)	<i>Ex post facto</i>	572 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,83$)	La AS se relaciona con mayor autoestima y búsqueda de sensaciones y con menor supresión de pensamientos o acciones contrarios a los de la pareja para evitar conflictos) y creencias negativas, vergüenza y prejuicios sociales hacia personas con VIH.
Ménard y Offman (2009)	<i>Ex post facto</i>	25 varones y 46 mujeres comunitarias.	Sexual Assertiveness Scale (Shafer, 1977). 28 ítems.	La AS es un mediador parcial de la relación entre la autoestima sexual sobre la satisfacción sexual.
				La relación de la AS sobre la satisfacción sexual está mediada parcialmente por la autoestima sexual.
Morokoff <i>et al.</i> (1997)	Instrumental	Dos muestras de mujeres comunitarias: 503 y 714.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997)	La AS se relaciona con una mayor satisfacción en la relación de pareja, buen intercambio con la pareja y mayor experiencia sexual.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Murphy, Coleman, Hoon y Scott (1980)	Cuasi-experimental	74 mujeres alcohólicas.	Entrenamiento en AS.	Las mujeres que completaron el programa que incluía entrenamiento en AS mejoraron en satisfacción marital, activación sexual y educación sexual.
Oattes y Olfman (2007)	<i>Ex post facto</i>	27 varones y 47 mujeres comunitarios.	<i>Sexual Assertiveness Scale</i> (Shafer, 1977).	Existe una correlación moderada entre la AS y la comunicación sobre cuestiones generales en la pareja. La autoestima sexual es mejor predictor de la AS que la autoestima general.
Onuoha y Munakata (1999)	<i>Ex post facto</i>	101 adolescentes varones y mujeres.	<i>AIDS Social Assertiveness Scale</i> (ASAS) ($\alpha = 0,82$) y <i>AIDS Self-Assertion Questionnaire</i> (ASAQ) ($\alpha = 0,82$)	No hay diferencias estadísticamente significativas en AS entre australianos y japoneses, aunque los japoneses muestran menor AS.
Pierce y Hurlbert (1999)	Instrumental	54 participantes no clínicos y 46 clínicos (acudían a terapia de pareja).	HISA (Hurlbert, 1991).	Los hombres mostraron mayor AS que las mujeres, tanto en la muestra clínica como en la no clínica.
Rickert, Neal, Wiemann y Berenson (2000)	<i>Ex post facto</i>	904 mujeres comunitarias.	13 ítems que evaluaban asertividad sexual.	Las mujeres con baja AS creen que su pareja es monógama, están casadas o viven con su pareja y han tenido menos de tres parejas sexuales en su vida.
Rickert, Sanghvi y Wiemann (2002)	<i>Ex post facto</i>	904 mujeres comunitarias.	Cuestionario <i>ad hoc</i> . Uno de los componentes era AS percibida.	La historia sexual y reproductiva y la historia de abuso previo son los mejores predictores de la AS, concretamente el número de parejas es el mejor predictor. Pertenecer a una minoría étnica, menor edad, bajo nivel escolar, inexperiencia sexual y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos se relacionan con baja AS.
Schooler y Ward (2006)	<i>Ex post facto</i>	184 varones universitarios.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,92$)	La AS se relacionó de forma negativa con la religiosidad y con ser de origen asiático y de forma positiva con el confort con el propio cuerpo y con el cuerpo de las mujeres.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Schooler, Ward, Merriwether y Caruthers (2005)	<i>Ex post facto</i>	199 mujeres universitarias.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,92$)	Las mujeres con actitudes más favorables hacia la menstruación, mayor confort con el propio cuerpo y con más experiencia sexual muestran más AS. La AS ejerce un efecto mediador entre el confort con el propio cuerpo y la experiencia sexual.
Sierra <i>et al.</i> (2008)	Instrumental	530 mujeres.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,90$)	La AS correlacionó de forma positiva con la erotofilia y con la autostima.
Snell <i>et al.</i> (1991)	Instrumental	173 varones y mujeres universitarios.	SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991). Subescala de AS ($\alpha = 0,81-0,83$)	Los hombres informan de mayor AS que las mujeres. La AS correlacionó de forma negativa con culpabilidad sexual, ansiedad sexual y ansiedad para el contacto heterosexual. En mujeres correlacionó de forma negativa con depresión y locus de control externo (creencia en la suerte) y de forma positiva con autostima, erotofilia y locus de control interno.
Snell y Wooldridge (1998)	<i>Ex post facto</i>	253 varones y mujeres universitarios.	SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991)	Tanto en varones como en mujeres la AS se relaciona con mayor experiencia sexual.
Van Anders y Dunn (2009)	<i>Ex post facto</i>	177 varones y mujeres comunitarios.	Subescala AS HISA (Hurlbert, 1991)	La AS no muestra relación con los niveles de testosterona y estradiol, ni en hombres ni mujeres.
Walker (2006)	<i>Ex post facto</i>	447 mujeres universitarias.	SAQ-W (Walker, 2006) ($\alpha = 0,74-0,93$)	Los participantes con alta AS informaron de mayor número de orgasmos en la pareja. La baja AS actúa como predictor de una identidad sexual negativa y de la conducta sexual no motivada para la sexualidad.
Weaver y Byers (2006)	<i>Ex post facto</i>	214 mujeres universitarias.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,82$)	La AS baja se relaciona con insatisfacción con el propio cuerpo general y en situaciones sexuales.
Yamayama, Cash y Thompson (2006)	<i>Ex post facto</i>	384 mujeres universitarias.	SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991) ($\alpha = 0,84$)	Las mujeres con mayor preocupación por la imagen corporal y por la apariencia corporal en situaciones sexuales muestran menor AS.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Yoder, Perry y Saal (2007)	<i>Ex post facto</i>	165 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,76-0,86$).	Las mujeres con puntuaciones elevadas en aceptación pasiva (sumisión) muestran puntuaciones más bajas en AS global. AS-Inicio y AS-prevención embarazo/STD.
Victimización sexual				
Apt y Hurlbert (1993)	Cuasi-experimental	120 mujeres: 60 sufrían abuso de pareja y 60 no.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,84$)	Las mujeres que sufrían abuso de pareja mostraban menor AS.
Corbin, Bernat, Calhoun, McNair y Seals (2001)	<i>Ex post facto</i>	238 mujeres universitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997)	Las mujeres que han sufrido alguna experiencia de victimización sexual muestran menor habilidad para rechazar actos sexuales no deseados (menor AS-Rechazo).
Greene y Navarro (1998)	<i>Ex post facto</i>	274 mujeres universitarias.	Asertividad sexual. Añadiendo "con el sexo opuesto" a los ítems del <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villaseñor, 1988). (Fiabilidad dos mitades = 0,92-0,94).	La victimización sexual correlacionó de forma negativa con la AS.
Kiefer y Sánchez (2007)	Experimental	48 varones universitarios.	Percepción de ser sexualmente asertivo ($\alpha = 0,73$)	La baja AS con el sexo opuesto es uno de los factores principales (junto con la victimización previa) en la predicción de la victimización sexual.
Livingston, Testa y VanZile-Tamsen (2007)	<i>Ex post facto</i>	937 mujeres comunitarias.	SAS-Rechazo (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,77$)	La percepción de una mayor necesidad de ser sexualmente asertivo se relaciona con una menor inhibición ante conceptos relacionados con dominancia sexual.
Macy, Nurius y Norris (2006)	<i>Ex post facto</i>	202 mujeres universitarias.	2 ítems del SAS (Harlow, Quina, Morokoff, Rose y Grimley, 1993)	La victimización sexual predice de forma negativa la AS-Rechazo, y ésta predice de forma negativa la subsecuente victimización sexual.
Miner, Flitter y Robinson (2006)	<i>Ex post facto</i>	230 mujeres comunitarias.	9 ítems dicotómicos ($\alpha = 0,73$)	La AS funciona como un factor de protección que modula la respuesta de escape y resistencia ante una agresión sexual, pues se relaciona de forma negativa con las barreras que favorecen una agresión.
				No se encontraron diferencias en AS en función del tipo de victimización (abuso sexual en la infancia, victimización adulta y revictimización).

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Morokoff <i>et al.</i> (1997)	Instrumental	Dos muestras de mujeres comunitarias: 503 y 714.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997).	La AS se relaciona de forma negativa con la victimización, coerción y asalto sexual y con historia de abuso en la infancia.
Rickert <i>et al.</i> (2000)	<i>Ex post facto</i>	904 mujeres comunitarias.	13 ítems que evaluaban asertividad sexual.	Las mujeres con baja AS informan de contactos sexuales forzados en los últimos 12 meses, pero ausencia de abuso físico.
Sierra, Ortega, Santos y Gutiérrez Instrumental (2007)	Instrumental	300 mujeres comunitarias.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,89$)	La AS se relaciona de forma negativa con las experiencias de abuso físico y no físico dentro de la pareja.
Stoner <i>et al.</i> (2008)	Experimental	161 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,80$).	Hay una relación negativa entre AS y agresión sexual adulta y violencia de pareja.
Testa y Dermen (1999)	<i>Ex post facto</i>	190 mujeres comunitarias.	<i>Health Protective Communication Scale</i> (Catania, 1998). Asertividad informan de menor AS. Sin embargo, haber relacionada con VIH ($\alpha = 0,83$).	Las mujeres que han sufrido coerción sexual sufrido una violación no influye en la AS.
Testa, VanZile-Tanssen y Livingston (2007)	<i>Ex post facto</i>	927 mujeres comunitarias.	SAS-Rechazo (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,77$)	Bajos niveles de AS predicen la victimización sexual por parte de la pareja.
VanZile-Tanssen, Testa y Livingston (2005)	Experimental	318 mujeres comunitarias.	SAS-Rechazo (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,77$).	La victimización adolescente/adulta y el CSA se relacionan de forma negativa con AS-Rechazo y ésta a su vez actúa como mediador entre la resistencia directa o la no resistencia ante una agresión.
Walker (2006)	<i>Ex post facto</i>	447 mujeres universitarias.	SAQ-W (Walker, 2006) ($\alpha = 0,74$ - 0,93)	La AS mantiene una relación negativa con la coerción sexual.
Yagil, Karnieli-Miller, Eisikovits y Enosh (2006)	Experimental	374 varones y mujeres universitarios.	Presentación de escenarios asertivos vs. no-asertivos.	Las respuestas asertivas son más efectivas en la reducción de avances sexuales no deseados.
Conductas de riesgo Artz, Demand, Pulley, Posner y Macaluso (2002)	Cuasi-experimental	1.159 mujeres comunitarias.	Entrevista cualitativa.	Las mujeres que tienen dificultades para introducir el condón femenino muestran menores niveles de AS que aquellas sin dificultades.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Auslander, Perfect, Succop y Rosenthal (2007)	<i>Ex post facto</i>	106 adolescentes varones y mujeres.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997).	Las adolescentes con historia de embarazo previo inician más frecuentemente la conducta sexual. Un mayor número de parejas sexuales se asocia con menor frecuencia de conductas asertivas de rechazo. Una mayor experiencia sexual previa, un mayor número de parejas y un mayor número de contactos sexuales desprotegidos se relacionan con un menor número de conductas de prevención de embarazo/ITS. La AS se relaciona con la intención y la consistencia en el uso del preservativo en adolescentes con y sin experiencia sexual. No existen diferencias entre mujeres con ideología feminista, igualitaria y no feminista en su AS para el uso del preservativo. La intervención para la prevención de ITS/VIH mejoró la AS de las participantes.
Bacle, Dusseldorp y Maes (2001)	<i>Ex post facto</i>	424 adolescentes varones y mujeres: con experiencia sexual ($n = 165$) y sin experiencia ($n = 255$). 430 mujeres universitarias.	Escala <i>ad hoc</i> (6 ítems) ($\alpha = 0,76$). Escala de Asertividad del SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991) ($\alpha = 0,90$).	
Bay-Cheng y Zucker (2007)	<i>Ex post facto</i>			
Bertens, Eiling, Van den Borne y Schaalma (2009)	Quasi-experimental	273 mujeres comunitarias	<i>Sexual Self-Efficacy Scale</i> (Rosenthal, Moore y Flynn, 1991); RBD (Witte, Cameron, McKoon y Berkowitz, 1996). HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,92$ y $0,93$).	
Caruthers (2005)	<i>Ex post facto</i>	Dos muestras: 361 y 171 mujeres comunitarias.		Las mujeres en relaciones con pareja ocasional muestran menos AS que las mujeres en relaciones estables. Correlación negativa entre AS y edad de la menarquia y religiosidad, y positiva con la edad.
Crowell (2004)	Quasi-experimental	40 pacientes VIH positivo y 40 VIH negativo.	<i>Intimate Relationships Questionnaire</i> (IRQ) ($\alpha = 0,90 - 0,91$).	La AS se relaciona de forma positiva con el uso del condón en sexo oral, vaginal y anal, con la frecuencia de comunicación sobre sexo seguro y el deseo de comunicación sobre sexo seguro.
DiNoia y Schinke (2007)	Quasi-experimental	204 mujeres adolescentes.	Escala AS del SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991) ($\alpha = 0,80$).	En el posttest las mujeres que pasaron por el programa de prevención del VIH (<i>'keepin' it Safe'</i>) aumentaron su AS.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Dolcini y Catania (2000)	Cuasi-experimental	209 mujeres con pareja en riesgo sexual y 209 con pareja sin riesgo.	<i>Sexual Assertiveness Scale</i> (Kirby, Las mujeres con pareja de riesgo mostraron menos AS que las mujeres con pareja sin riesgo. $\alpha = 0,83$).
Hardeman, Pierro y Mannetti (1997)	<i>Ex post facto</i>	274 estudiantes universitarios y de educación superior.	5 ítems que evalúan asertividad en las relaciones sexuales ($\alpha = 0,44$). La asertividad sexual es un predictor fiable de la intención para evitar relaciones sexuales casuales.
Jenkins (2008)	<i>Ex post facto</i>	111 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,71 - 0,83$). Las mujeres que no han tenido pareja manifiestan menos AS-Rechazo que las que han tenido una pareja.
Kelly, Lawrence, Hood y Brasfield (1989)	Experimental	104 varones comunitarios (homosexuales).	Correlación positiva entre las escalas <i>Rechazo</i> y <i>Prevención embarazo/STD</i> . La intervención con un componente de entrenamiento en AS redujo el rechazo de actividades sexuales de riesgo y conductas de riesgo para el VIH/sida.
Kelly, Murphy y Washington (1994)	Experimental	197 mujeres comunitarias.	AS <i>role play</i> . Las mujeres en el grupo experimental mejoraron sus habilidades de comunicación y negociación sexual.
Klein y Knäuper (2003)	<i>Ex post facto</i>	71 mujeres universitarias.	Los contactos sexuales desprotegidos disminuyeron y el uso del preservativo aumentó de un 26 a un 56% en los contactos sexuales.
Morokoff <i>et al.</i> (1997)	Instrumental	Dos muestras de mujeres comunitarias: 503 y 714.	14 ítems del <i>Intimate Relationships Questionnaire</i> (Yesmont, 1992). Las mujeres con baja AS tienden a evitar pensamientos relacionados con las ITS. SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997). La AS se relaciona con una mayor autoeficacia en la prevención del VIH.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Morokoff <i>et al.</i> (2009)	<i>Ex post facto</i>	473 varones y mujeres comunitarios.	SAS-Prevención embarazo/STD (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,78$)	La AS correlaciona de forma positiva con el uso del condón, la fase de cambio para el uso del condón y la ratio de sexo protegido. Es un predictor significativo del sexo desprotegido y ejerce un papel mediador entre éste y la victimización sexual en hombres y entre éste y la depresión y victimización sexual en mujeres.
Mosack, Weeks, Sylla y Abbott (2005)	<i>Ex post facto</i>	109 mujeres comunitarias.	SAS-Prevención embarazo/STD (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,70$)	La AS-Prevención embarazo/STD es un predictor de la intención de uso de microbicidas en las relaciones sexuales.
Noar, Morokoff y Harlow (2002)	<i>Ex post facto</i>	471 varones y mujeres universitarios.	SAS-Prevención embarazo/STD (Morokoff <i>et al.</i> , 1997)	La AS-Prevención embarazo/STD se relaciona con diversas estrategias de influencia para el uso del preservativo (interrupción del sexo, petición directa, seducción, insistencia en la importancia de la relación, información sobre el riesgo).
Noar, Morokoff y Redding (2002)	<i>Ex post facto</i>	Tres muestras: 272 y 152 varones universitarios; 62 varones en riesgo para el VIH.	SAS-Prevención embarazo/STD (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,73-0,78$).	Existen diferencias en AS-Prevención embarazo/STD en función de la etapa de cambio para el uso del condón; mayor AS quienes lo usan de forma más consistente. Los varones con mayor AS tienen menor tendencia a involucrarse en actividad sexual desprotegida.
Onuoha y Munakata (2005)	<i>Ex post facto</i>	1.957 varones y mujeres universitarios.	7 items derivados del <i>Becoming A Responsible Teen</i> (BART; St. Lawrence, 1998).	Tanto la AS como la asertividad social son predictores de la evitación del VIH, siendo mayor el efecto de la AS.
Parks, Hsieh, Collins, King y Levonyan-Radloff (2009)	<i>Ex post facto</i>	241 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,66-0,86$).	Niveles bajos de AS-Embarazo/STD se relacionan con un menor uso del condón tanto con parejas estables como ocasionales.

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder y Deiter (2000)	<i>Ex post facto</i>	816 mujeres comunitarias.	SAS-Inicio y SAS-Rechazo (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,77$ y 0,74, respectivamente).	La comunicación sexual asertiva sobre las preferencias sexuales se relaciona más con AS-Inicio que con Rechazo. La comunicación sexual asertiva que busca información en la pareja sobre su riesgo para el VIH se relaciona más con la AS-Rechazo que con Inicio. Las mujeres con baja AS informan de un uso inconsistente de mecanismos de control de embarazo.
Rickert <i>et al.</i> (2000)	<i>Ex post facto</i>	904 mujeres comunitarias.	13 ítems que evaluaban asertividad sexual.	
Roberts y Kennedy (2006)	<i>Ex post facto</i>	100 mujeres universitarias.	11 ítems. Adaptación de Wingood La AS correlaciona de forma positiva con el y DiClemente (1998b) ($\alpha = 0,77$). Evalúa la habilidad de la mujer para sugerir usar el condón a su pareja.	La AS correlaciona de forma positiva con el uso del condón, mayor control sexual y la intención del uso del condón.
Sikkema, Winett y Lombard (1995)	Experimental	43 mujeres universitarias.	Entrenamiento cognitivo-conductual de habilidades sociales para mejorar la AS. AS <i>role play</i> . SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991) Subescala AS.	El entrenamiento en habilidades sociales mejoró la asertividad sexual de los participantes y redujo el número de conductas sexuales de riesgo. Tanto en hombres como en mujeres la AS se relacionó con un mayor uso de métodos contraceptivos.
Snell y Wooldridge (1998)	<i>Ex post facto</i>	253 varones y mujeres universitarios.	AS <i>Role play</i> .	Los participantes con menor AS mostraron menor porcentaje de uso del condón, mayor número de actos sexuales desprotegidos, parejas sexuales diferentes y ocasionales. El programa de intervención que incluye entrenamiento en AS disminuye los intercambios sexuales desprotegidos y aumenta el uso del preservativo.
Somlai <i>et al.</i> (1998)	Cuasi-experimental	114 varones y mujeres con enfermedad mental severa.	AS <i>Role play</i> .	Las participantes con menor AS insistían menos en el uso del condón, independientemente del grado de intoxicación alcohólica.
St. Lawrence <i>et al.</i> (1995)	Experimental	246 varones y mujeres adolescentes.	AS <i>Role play</i> .	
Stoner <i>et al.</i> (2008)	Experimental	161 mujeres comunitarias.	SAS (Morokoff <i>et al.</i> , 1997) ($\alpha = 0,80$).	

TABLA 1. Principales resultados de los estudios de asertividad sexual (AS). (Cont.).

Stulhofer, Graham, Bozjovic, Kufrin y Ajdukovic (2007)	<i>Ex post facto</i>	1.093 hombres y mujeres comunitarios.	3 ítems dicotómicos ($\alpha = 0,52$).	Las mujeres muestran más AS que los hombres. Solo en el caso de las mujeres, la AS predice de forma negativa las conductas sexuales de riesgo.
Treflke, Tiggemann y Ross (1992)	<i>Ex post facto</i>	83 hombres homosexuales y 128 heterosexuales comunitarios.	<i>Condom Assertiveness Scale</i> (CAS) 26 ítems. ($\alpha = 0,94$).	AS para el uso del condón correlaciona de forma positiva con las actitudes positivas hacia el uso del condón.
Weinhardt, Carey, Carey y Verdecias (1998)	Cuasi experimental	20 mujeres con trastornos psiquiátricos.	Escenarios de <i>role play</i> Entrenamiento en AS (Kelly, 1995).	Las mujeres que recibieron el entrenamiento en AS mejoraron su AS del pre al post y en seguimiento. Además mejoraron la frecuencia de sexo desprotegido.
Weinstein, Walsh y Ward (2008)	<i>Ex post facto</i>	347 varones y mujeres universitarios.	HISA (Hurlbert, 1991) ($\alpha = 0,92$).	La AS se relaciona de forma positiva con mayor conocimiento sobre contracepción, uso del preservativo, ITS, VIH/sida.
Wingood y DiClemente (1998a)	<i>Ex post facto</i>	128 mujeres comunitarias.	7 ítems que evalúan su capacidad de comunicarse asertivamente con condón en mujeres.	La AS se relaciona con un uso consistente del preservativo.
Workman, Robinson, Cotler y Harper (1997)	Experimental	111 mujeres adolescentes.	AS y habilidades de comunicación. <i>Sexual Assertiveness Scale</i> (Kirby, 1984) ($\alpha = 0,78$).	Las adolescentes afroamericanas mostraron mayores niveles de AS que las hispanas.
Yesmont (1992)	<i>Ex post facto</i>	253 varones y mujeres universitarios.	<i>Intimate Relationships Questionnaire</i> (IRQ).	Las mujeres muestran más respuestas asertivas que los varones. La AS correlaciona con la precaución, preguntas a la pareja sobre conductas de riesgo y el uso del preservativo.
Zamboni, Crawford y Williams (2000)	<i>Ex post facto</i>	227 varones y mujeres universitarios.	SAQ (Snell <i>et al.</i> , 1991).	La AS es el principal predictor de la frecuencia del uso del condón en sexo vaginal. Correlaciona con asertividad general y comunicación sexual. La relación entre AS y uso del condón está mediada por las actitudes hacia el preservativo; la relación es positiva cuando las actitudes hacia el condón son positivas.

Respuesta y funcionamiento sexual

Los resultados muestran que la asertividad sexual se relaciona de forma positiva con el deseo sexual (Hurlbert, 1991), tanto en varones como en mujeres. Una mayor asertividad sexual en la mujer es un predictor del deseo sexual del varón (Apt *et al.*, 1993). También se encuentra una relación positiva con la satisfacción sexual y marital (Greene y Faulkner, 2005; Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Ménard y Offman, 2009), con el número de orgasmos y, sobre todo, con la consistencia en alcanzarlo (Hurlbert, 1991; Hurlbert, Apt *et al.*, 1993; Hurlbert, White *et al.*, 1993), y con la actividad y experiencia sexual (Gentry, 1998; Morokoff *et al.*, 1997; Rickert *et al.*, 2000; Snell y Wooldridge, 1998). Sin embargo, no parece existir una relación entre la asertividad sexual y los niveles hormonales, ni en hombres ni en mujeres (Van Anders y Dunn, 2009).

Al margen de la respuesta y funcionamiento sexual, se ha informado de mayor asertividad sexual en varones (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Pierce y Hurlbert, 1999), en mujeres heterosexuales frente a mujeres homosexuales (Hurlbert y Apt, 1993), en personas de estatus socioeconómico elevado (Hurlbert *et al.*, 2005), en mujeres con trastorno de personalidad *borderline* (Hurlbert, Apt *et al.*, 1992) y en personas poco religiosas (Schooler y Ward, 2006). Por otra parte, diversas variables actitudinales relacionadas con la respuesta sexual se encuentran asociadas con la asertividad sexual. Así, las personas con alta asertividad muestran menor doble moral sexual, mayor autoestima global y sexual, menor búsqueda de sensaciones y mayor erotofilia (Greene y Faulkner, 2005; Hurlbert, Apt *et al.*, 1993; Jacobs y Thomlison, 2009; Oattes y Offman, 2007; Sierra *et al.*, 2008), tienen actitudes más favorables hacia la menstruación, muestran menor culpabilidad sexual y menor sumisión ante la pareja y manifiestan una identidad sexual más positiva, experimentando un mayor confort con su propio cuerpo (Schooler y Ward, 2006; Schooler *et al.*, 2005; Walker, 2006; Weaver y Byers, 2006; Yamamiya *et al.*, 2006; Yoder *et al.*, 2007).

Victimización y coerción sexual

En líneas generales, los estudios demuestran que la asertividad sexual funciona como un factor de protección frente a la victimización y coerción sexual (Macy *et al.*, 2006), ya que es una estrategia eficaz en la reducción de avances sexuales no deseados (Corbin *et al.*, 2001; Yagil *et al.*, 2006). Además, se ha demostrado una relación negativa con distintos tipos de conductas de abuso, como abuso sexual en la infancia, coerción sexual victimización (Greene y Navarro, 1998; Morokoff *et al.*, 1997; Rickert *et al.*, 2000; Sierra *et al.*, 2007; Stoner *et al.*, 2008; Testa y Dermen, 1999; Testa *et al.*, 2007; VanZile-Tamsen *et al.*, 2005; Walker, 2006), sin que existan diferencias en asertividad sexual en función del tipo de abuso (Miner *et al.*, 2006), encontrándose también esa relación con distintos tipos de agresores, ya sean personas desconocidas, citas ocasionales, relaciones de pareja estable o matrimonios (Apt y Hurlbert, 1993; Testa *et al.*, 2007). Se ha señalado además que la baja asertividad sexual puede ser tanto una consecuencia de la victimización como un factor de riesgo para la misma (Livingston *et al.*, 2007).

Conductas sexuales de riesgo

De la misma forma que sucede con la victimización sexual, la asertividad funciona como un factor de protección ante conductas sexuales de riesgo (Hardeman *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1989; Kelly *et al.*, 1994; Sikkema *et al.*, 1995). Los estudios demuestran que una mayor asertividad sexual se relaciona no sólo con el uso del preservativo de forma consistente (Baele *et al.*, 2001; Bay-Cheng y Zucker, 2007; Crowell, 2004; Morokoff *et al.*, 2009; Wingood y DiClemente, 1998a), sino también con la intención de uso del mismo (Baele *et al.*, 2001; Roberts y Kennedy, 2006) independientemente de si se ha ingerido alcohol (Stoner *et al.*, 2008), las actitudes positivas hacia su uso (Treffke *et al.*, 1992; Zamboni *et al.*, 2000), la intención para usar microbicidas (Mosack *et al.*, 2005) y mejores estrategias de influencia para el uso del preservativo (Noar, *et al.*, 2002). Además, puede actuar como mediador en la relación que se establece entre la victimización sexual y las conductas sexuales de riesgo (Morokoff *et al.*, 2009). Por el contrario, la baja asertividad sexual se relaciona con dificultades para usar el condón femenino (Artz *et al.*, 2002; Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López y Agudelo, 2007) y con un uso inconsistente de mecanismos útiles para la prevención de embarazos (Rickert *et al.*, 2000; Snell y Wooldridge, 1998), razón por la cual se asocia con historia de embarazo previo (Auslander *et al.*, 2007).

También se ha señalado que las personas con baja asertividad sexual tienen un mayor número de parejas sexuales (Auslander *et al.*, 2007), suelen tener más parejas en riesgo para el contagio por VIH (Dolcini y Catania, 2000), tienen mayor número de relaciones sexuales casuales (Somlai *et al.*, 1998) y evitan pensamientos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Klein y Knäuper, 2003). Además, la asertividad sexual es menor en mujeres que tienen encuentros ocasionales que en aquellas con pareja estable (Caruthers, 2005). Por último, también se ha puesto de manifiesto que intervenciones destinadas a prevenir el contagio de ITS/VIH producen mejoras en la asertividad sexual (Bertens *et al.*, 2009; Di Noia y Schinke, 2007) y que programas destinados a mejorar la asertividad sexual reducen el número de conductas de riesgo emitidas por una persona (Kelly *et al.*, 1989; Kelly *et al.*, 1994; Sikkema *et al.*, 1995; St. Lawrence *et al.*, 1995; Weinhardt *et al.*, 1998).

Discusión

La importancia de la asertividad sexual dentro de la sexualidad humana constituye un hecho relevante y constatado (Hammond y Oei, 1982); sin embargo, no existen estudios que agrupen y analicen la información obtenida acerca de este constructo. Los resultados obtenidos en esta revisión de trabajos publicados hasta la fecha demuestran que la asertividad sexual es un elemento fundamental en el funcionamiento y respuesta sexual, y que es sumamente relevante como factor de protección ante conductas sexuales de riesgo y experiencias de victimización y coerción sexual.

A nivel descriptivo encontramos que la mayoría de los estudios son de diseño *ex post facto*, mientras que pocos son de tipo experimental o cuasi-experimental. Si bien es cierto que los estudios experimentales son los que permiten establecer relaciones de causalidad (Montero y León, 2007; Ramos-Alvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy

y Catena, 2008) y, por tanto, descubrir el auténtico papel de la asertividad sexual, también es verdad que en determinadas áreas como en victimización sexual es difícil plantear estudios experimentales dotados de la suficiente validez ecológica. Por otra parte, también es notorio que a pesar de la cantidad de instrumentos encontrados para evaluar de una u otra forma la asertividad sexual, los estudios instrumentales son muy escasos, es decir, que la mayoría de los instrumentos empleados no han sido desarrollados siguiendo unos estándares mínimos que garanticen su adecuado funcionamiento.

Respecto a las muestras empleadas destacan sobre todo los estudios realizados con mujeres, echándose en falta estudios con varones, así como trabajos que analicen las relaciones diádicas. También, al igual que sucede con otros constructos sexuales (*e.g.*, satisfacción sexual) el empleo de muestras de homosexuales o de ancianos es prácticamente inexistente (Delamater, Hyde y Fong, 2008; Henderson, Lehavot y Simoni, 2009). Por último, también hay que destacar que algo más de un 45% de los estudios se realizan con los mismos instrumentos: el SAS (Morokoff *et al.*, 1997) y el HISA (Hurlbert, 1991), que son justamente los que se han desarrollado a través de estudios instrumentales. Sin embargo, hay que destacar la elevada utilización de instrumentos desarrollados *ad hoc* carentes, en la mayoría de los casos, de las garantías psicométricas necesarias.

Los resultados del primer grupo de estudios ponen de manifiesto la asociación de la asertividad sexual con las distintas fases de la respuesta sexual humana, como el deseo, el orgasmo y la satisfacción (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Hurlbert, Apt *et al.*, 1993; Hurlbert, White *et al.*, 1993). Sin embargo, estos estudios han sido elaborados mediante diseños *ex post facto*, lo que impide conocer los mecanismos o procesos por los cuales se da esta asociación y mucho menos cuál es la dirección de la misma. Por ejemplo, las personas que tienen mayor asertividad sexual, ¿se comunican más con la pareja solicitando aquello que les resulta placentero y, por tanto, consiguen mayores niveles de satisfacción o, por el contrario, la satisfacción sexual crea un mayor vínculo en la pareja y es este vínculo el que favorece la asertividad sexual? Respecto al primer ejemplo, algunos estudios han demostrado que la autorrevelación sexual favorece la satisfacción (Byers y MacNeil, 2008; MacNeil y Byers, 2005), pero no se han llevado a cabo estudios similares con asertividad sexual. Respecto al segundo, sí se ha demostrado que un mayor vínculo y compromiso en la pareja se asocia con la satisfacción sexual (Warehime y Bass, 2008), pero no se sabe si esta relación está mediada por la asertividad sexual. De la misma manera también se echan en falta más estudios sobre el papel de los niveles hormonales y de la excitación –medida a través de registros psicofisiológicos– en las respuestas asertivas.

Respecto a variables sociodemográficas, los resultados más interesantes tienen que ver con el papel del sexo. Aquí se encuentran resultados contradictorios, pues mientras algunos estudios sostienen una mayor asertividad sexual en varones (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Pierce y Hurlbert, 1999) otros lo hacen en mujeres (Hardeman *et al.*, 1997; Stulhofer *et al.*, 2007), si bien desde una perspectiva de género lo esperable es que las mujeres muestren menos asertividad sexual, pues iniciar interacciones asertivas

en situaciones sexuales no es una habilidad que se haya enseñado con frecuencia a las mujeres (Muehlenhard y McCoy, 1991). Además algunos estudios demuestran que las mujeres que discuten sus deseos sexuales y toman decisiones basadas en sus propias necesidades corren el riesgo de ser etiquetadas como «zorras» (*sluts*) (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe y Thompson, 1990). Por ello, sería necesario investigar cuál es el papel real que juega el sexo en la asertividad sexual. Por el contrario, sí queda claro el papel de las actitudes sexuales y otros factores que favorecen el funcionamiento sexual, como la autoestima, una imagen corporal positiva o la búsqueda de sensaciones sexuales.

Los estudios relacionados con la victimización y la coerción sexual no dejan lugar a dudas de que la asertividad sexual, en líneas generales, es un factor de protección frente a las experiencias de abuso (Macy *et al.*, 2006). Además, la principal ventaja es que estos resultados se han encontrado en distintas modalidades de abuso, así como ante diferentes tipos de agresores. Sin embargo, existe un aspecto discutido que es conveniente aclarar y sobre el que se han realizado pocos estudios y es si la baja asertividad surge como consecuencia de las experiencias de victimización o si la baja asertividad es la causa de las mismas. En este sentido, en el estudio de Livingston *et al.* (2007) se encontró que la asertividad es tanto causa como consecuencia de la victimización sexual, razón por la que son necesarios más estudios al respecto, que tal y como señalan dichas autoras, deben ser de tipo longitudinal.

Por último, tal y como muestran los resultados relativos a la victimización, los estudios sobre conductas sexuales de riesgo coinciden en señalar el papel preventivo de la asertividad sexual ante dichas conductas (Hardeman *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1989; Kelly *et al.*, 1994; Sikkema *et al.*, 1995). A pesar de ello, estos estudios han sido en su mayoría desarrollados con poblaciones heterosexuales, por lo que es necesario trabajar con poblaciones homosexuales y bisexuales para comprobar si los resultados coinciden, siempre teniendo en cuenta que es la asertividad sexual y no la general la que funciona como factor de protección y, por tanto, los estudios y las estrategias de intervención –que también se han mostrado efectivas– tienen que ser diseñadas sobre la asertividad sexual.

Para finalizar, es necesario volver a insistir en el papel fundamental de la asertividad sexual humana, tal y como se desprende de los resultados obtenidos y revisados en el presente trabajo. De esto se deriva también la necesidad de contemplar la inclusión de la misma en programas de prevención e intervención (véase, por ejemplo, Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Foltz, Núñez-Mangana y Rodríguez-Castro, 2007), tal y como se ha venido haciendo de forma generalizada con los entrenamientos en habilidades sociales que incluían componentes de asertividad general. Sin duda, las conclusiones extraídas del presente trabajo serían mucho más valiosas si se hubiese empleado una metodología meta-analítica (Cooper y Rosenthal, 1980), pero la heterogeneidad de variables tratadas, instrumentos y diseños empleados en un número tan reducido de trabajos favorecieron la realización de una revisión sistemática descartando la posibilidad de realizar un estudio meta-analítico, que será más pertinente cuando se disponga un mayor número de trabajos (Botella y Gambara, 2006; Cooper, 1998).

Referencias

- Apt, C. y Hurlbert, D.F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages: A comparative study. *Journal of Family Violence*, 8, 57-69.
- Apt, C., Hurlbert, D.F. y Powell, R.D. (1993). Men with hypoactive sexual desire: The role of interpersonal dependency and assertiveness. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 108-116.
- Artz, L., Demand, M., Pulley, L., Posner, S.F. y Macaluso, M. (2002). Predictors of difficulty inserting the female condom. *Contraception*, 65, 151-157.
- Auslander, B.A., Perfect, M.M., Succop, P.A. y Rosenthal, S.L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-162.
- Baele, J., Dusseldorp, E. y Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Bay-Cheng, L.Y. y Zucker, A.N. (2007). Feminism between the sheets: Sexual attitudes among feminists, nonfeminists, and egalitarians. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 157-163.
- Bertens, M., Eiling, E.M., Van den Borne, B. y Schaalma, H.P. (2009). Uma Tori! Evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for Afro-Caribbean women in the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 75, 77-83.
- Botella, J. y Gambara, H. (2006). Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 425-440.
- Byers, E.S. y MacNeil, S. (2008). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46, 1-12.
- Carrera-Fernández, M.V., Lameiras-Fernández, M., Foltz, M.L., Núñez-Mangana, A.M. y Rodríguez-Castro, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 739-751.
- Caruthers, A.S. (2005). «Hookups» and «Friends with benefits»: Nonrelational sexual encounters as contexts of women's normative sexual development. Tesis doctoral. University of Michigan, Michigan.
- Catania, J.A. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. En C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Scheer y S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality measures* (pp. 544-547). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cooper, H.M. (1998). *Synthesizing research. A guide for literature reviews*. Londres: Sage.
- Cooper, H.M. y Rosenthal, R. (1980). Statistical versus traditional procedures for summarizing research findings. *Psychological Bulletin*, 87, 442-449.
- Corbin, W.R., Bernat, J.A., Calhoun, K.S., McNair, L.D. y Seals, K.L. (2001). The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 297-311.
- Crowell, T.L. (2004). Seropositive individuals willingness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection. *Journal of Health Communication*, 9, 395-424.
- Delamater, J., Hyde, J.S. y Fong, M. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 439-454.
- Di Noia, J. y Schinke, S.P. (2007). Gender-specific HIV prevention with urban early-adolescent girls: Outcomes of the keepin' it safe program. *AIDS Education and Prevention*, 19, 479-488.
- Dolcini, M.M. y Catania, J.A. (2000). Psychosocial profiles of women with risky sexual partners: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4, 297-308.

- Dunn, M., Lloyd, E.E. y Phelps, G.H. (1979). Sexual assertiveness in spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 2, 293-300.
- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 329-334.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Gentry, M. (1998). The sexual double standard: The influence of number of relations and level of sexual activity on judgements of women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 505-511.
- Greene, D. y Navarro, R.L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 589-604.
- Greene, K. y Faulkner, S.L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles*, 53, 239-251.
- Haavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419.
- Hammond, P.D. y Oei, T.P.S. (1982). Social skills training and cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 297-304.
- Hardeman, W., Pierro, A. y Mannetti, L. (1997). Determinants of intention to practice safe sex among 16-25 years-olds. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 345-360.
- Harlow, L., Quina, K., Morokoff, P.J., Rose, J.S. y Grimley, D. (1993). HIV risk in women: A multifaceted model. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 1, 3-38.
- Henderson, A.W., Lehavot, K. y Simoni, J.M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 50-65.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. y Thompson, R. (1990). Sex, gender, and power: Young women's sexuality in the shadow of AIDS. *Sociology of Health & Illness*, 3, 336-350.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. y Villasenor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 183-190.
- Hurlbert, D.F. y Apt, C. (1993). Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 315-327.
- Hurlbert, D.F., Apt, C. y Rabehl, S. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 154-165.
- Hurlbert, D.F., Apt, C. y White, L.C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 231-242.
- Hurlbert, D.F., Singh, D., Menendez, D.A., Fertel, E.R., Fernández, F. y Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 15-30.
- Hurlbert, D.F., White, L.C., Powell, R.D. y Apt, C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavioral Theory and Experimental Psychiatry*, 24, 3-13.

- Jacobs, R.J. y Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging and Health*, 21, 102-128.
- Jakubowski-Spector, P. (1973). Facilitating the growth of women through assertive training. *The Counseling Psychologist*, 4, 75-86.
- Janda, L., O'Grady, K.E. y Barnhart, S.A. (1981). Effects of sexual attitudes and physical attractiveness on person perception of men and women. *Sex Roles*, 7, 189-199.
- Jenkins, C.C. (2008). *Are young adult college attending African American women protecting themselves from HIV/AIDS? A study of sexual assertiveness characteristics*. Tesis doctoral. Capella University.
- Kelly, J.A. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. Nueva York: Guilford Press.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Hood, H.V. y Brasfield, T.L. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A. y Washington, C.D. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 84, 1918-1922.
- Kiefer, A.K. y Sánchez, D.T. (2007). Men's sex-dominance inhibition: do men automatically refrain from sexually dominant behavior? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1617-1631.
- Kirby, D. (1984). *Sexuality education: An evaluation of programs and their effects*. Santa Cruz: Network publications.
- Kirby, D. (1998). Mathtech questionnaires: Sexuality questionnaires for adolescents. En C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer y S. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (pp. 201-212). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klein, R. y Knäuper, B. (2003). The role of cognitive avoidance of STIs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 137-149.
- Lameiras-Fernández, M., Núñez-Mangana, A.M., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 207-216.
- Livingston, J.A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- MacNeil, S. y Byers, E.S. (2005). Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 169-181.
- Macy, R.J., Nurius, P.S. y Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. *Violence Against Women*, 12, 478-500.
- Ménard, A.D. y Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 35-45.
- Miner, M.H., Flitter, J.M.K. y Robinson, B.E. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 503-524.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.

- Morokoff, P.J., Redding, C.A., Harlow, L.L., Cho, S., Rossi, J.S., Meier, K.S. *et al.* (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of multifaceted model of HIV risk across gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 30-54.
- Mosack, K.E., Weeks, M.R., Sylla, L.N. y Abbott, M. (2005). High-risk women's willingness to try a simulated vaginal microbicide: Results from a pilot study. *Women and Health*, 42, 71-88.
- Muehlenhard, C.L. y McCoy, M.L. (1991). Double standard/double bind: The sexual double standard and women's communication about sex. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 447-461.
- Murphy, W.D., Coleman, E., Hoon, E. y Scott, C. (1980). Sexual dysfunction and treatment in alcoholic women. *Sexuality and Disability*, 3, 240-255.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. y Harlow, L.L. (2002). Condom negotiation in heterosexually active men and women: Development and validation of a condom influence strategy questionnaire. *Psychology and Health*, 17, 711-735.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. y Redding, C.A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14, 330-342.
- Oattes, M.K. y Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 89-100.
- Onuoha, F.N. y Munakata, T. (1999). Perceived AIDS-related assertiveness for some Japanese college students: A cross-cultural view. *AIDS and Behavior*, 3, 213-217.
- Onuoha, F.N. y Munakata, T. (2005). Correlates of adolescent assertiveness with HIV avoidance in a four-nation sample. *Adolescence*, 40, 525-532.
- Painter, C. (1997). *Sexual health, assertiveness and HIV*. Cambridge: Daniels Publishing.
- Parks, K.A., Hsieh, Y.-P., Collins, R.L., King, L.P. y Levonyan-Radloff, K. (2009). Predictors of risky sexual behavior with new and regular partners in a sample of women bar drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 197-205.
- Pierce, A.P. y Hurlbert, D.F. (1999). Test-retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 31-34.
- Quina, K., Harlow, L.L., Morokoff, P.J., Burkholder, G.J. y Deiter, P.J. (2000). Sexual communication in relationships: When words speak louder than actions. *Sex Roles*, 42, 523-549.
- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2008). Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Rickert, V.I., Neal, W.P., Wiemann, C.M. y Berenson, A.B. (2000). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13, 88-89.
- Rickert, V.I., Sanghvi, R. y Wiemann, C.M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 178-183.
- Roberts, S.T. y Kennedy, B.L. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 32-40.

- Rosenthal, D., Moore, S. y Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 77-88.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (en prensa). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*.
- Schooler, D. y Ward, L.M. (2006). Average Joes: Men's relationships with media, real bodies, and sexuality. *Psychology of Men & Masculinity*, 7, 27-41.
- Schooler, D., Ward, L.M., Merriwether, A. y Caruthers, A.S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *The Journal of Sex Research*, 42, 324-334.
- Shafer, D. (1977). *The development and validation of a sexual assertiveness scale*. Tesis doctoral. California State University, California.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Santos, P. y Gutiérrez, R. (2007). Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del Index of Spouse Abuse. *Boletín de Psicología*, 91, 83-96.
- Sierra, J.C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26, 117-123.
- Sikkema, K.J., Winett, R.A. y Lombard, D.N. (1995). Development and evaluation of an HIV-risk reduction program for female college students. *AIDS Education and Prevention*, 7, 145-159.
- Snell, W.E., Fisher, T.D. y Miller, R.S. (1991). Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research*, 4, 65-92.
- Snell, W.E. y Wooldridge, D.G. (1998). Sexual awareness: Contraception, sexual behaviors and sexual attitudes. *Sexual & Marital Therapy*, 13, 191-199.
- Somlai, A.M., Kelly, J.A., McAuliffe, T.L., Gudmundson, J.L., Murphy, D.A., Sikkema, K.J. et al. (1998). Role play assessments of sexual assertiveness skills: Relationships with HIV/AIDS sexual risk behavior practices. *AIDS and Behavior*, 2, 319-328.
- St. Lawrence, J.S. (1998). *Becoming a responsible teen (BART): An HIV risk reduction program for adolescents*. Santa Cruz, CA: ETR Associates.
- St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Jefferson, K.W., Alleyne, E., O'Bannon, R.E. y Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 221-237.
- Stampley, C.D., Mallory, C. y Gabrielson, M. (2005). HIV/AIDS among midlife African American women: An integrated review of literature. *Research in Nursing and Health*, 28, 295-305.
- Stoner, S.A., Norris, J., George, W.H., Morrison, D.M., Zawacki, T., Davis, K.C. et al. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K. y Ajdukovic, D. (2007). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 209-225.
- Testa, M. y Dermen, K.H. (1999). The differential correlates of sexual coercion and rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 548-561.
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C. y Livingston, J.A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 52-60.
- Treffke, H., Tiggemann, M. y Ross, M.W. (1992). The relationship between attitude, assertiveness and condom use. *Psychology & Health*, 6, 45-52.
- Van Anders, S.M. y Dunn, E.J. (2009). Are gonadal steroids linked with orgasm perceptions and sexual assertiveness in women and men? *Hormones and Behavior*, 56, 206-213.

- VanZile-Tamsen, C., Testa, M. y Livingston, J.A. (2005). The impact of sexual assault history and relationship context on appraisal of and responses to acquaintance sexual assault risk. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 813-832.
- Walker, D.P. (2006). *Impaired sexual assertiveness and consensual sexual activity as risk factors for sexual coercion in heterosexual college women*. Tesis doctoral. Universidad de Miami, Ohio.
- Warehime, M.N. y Bass, L.E. (2008). Breaking singles up: Sexual satisfaction among men and women. *International Journal of Sexual Health*, 20, 247-261.
- Weaver, A.D. y Byers, E.S. (2006). The relationship among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333-339.
- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., Carey, K.B. y Verdecias, R.N. (1998). Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 680-684.
- Weinstein, R.B., Walsh, J.L. y Ward, L.M. (2008). Testing a new measure of sexual health knowledge and its connections to students' sex education, communication, confidence, and condom use. *International Journal of Sexual Health*, 20, 212-221.
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (1998a). Gender-related correlates and predictors of consistent condom use among young adult African-American women: A prospective analysis. *International Journal of STD and AIDS*, 9, 139-145.
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (1998b). Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young African American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29-50.
- Witte, K., Cameron, K.A., McKeon, J. y Berkowitz, J. (1996). Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication*, 1, 317-341.
- Workman, G.M., Robinson, W.L., Cotler, S. y Harper, G.W. (1997). A school-based approach to HIV prevention for inner-city African-American and Hispanic adolescent females. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 14, 41-60.
- Yagil, D., Karnieli-Miller, O., Eisikovits, Z. y Enosh, G. (2006). Is tha a «No»? The interpretation of responses to unwanted sexual attention. *Sex Roles*, 54, 251-260.
- Yamamiya, Y., Cash, T.F. y Thompson, J.K. (2006). Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex Roles*, 55, 421-427.
- Yesmont, G.A. (1992). The relationships of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27, 253-272.
- Yoder, J.D., Perry, R.L. y Saal, E.I. (2007). What good is a feminist identity?: Women's feminist identification and role expectations for intimate and sexual relationships. *Sex Roles*, 57, 365-372.
- Zamboni, B.D., Crawford, I. y Williams, P.G. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 12, 492-504.

Recibido 15 de diciembre 2009

Aceptado 7 de abril 2010